

SOLICITUD PARA AUDIENCIA SOBRE MEDICARE PARTE B ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO

**VEASE NOTA
SOBRE LA LEY
DE PRIVACIDAD
AL DORSO DE
ESTA FORMA**

(La cantidad en disputa debe ser de \$500 o más (\$100 o más para servicios de Salud en el Hogar), QIO —\$200 o más, HMO/CMP/Plan de Salud—\$100 o más)

Lleve o envíe por correo el original y todas las copias a su oficina local del Seguro Social.

1. Apelante *(La persona que apela la vista de la agencia de seguros/intermediario o la determinación reconsiderada del QIO o HMO/CMP/Plan de Salud)*

2. Beneficiario *(Deje en blanco si es usted el apelante)*

3. Proveedor, Practicante o Suplidor *(Deje en blanco si es usted el apelante)*

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Código de Área/Número de Teléfono

Número de Medicare

5. Conteste las siguientes preguntas

A. ¿La solicitud envuelve más de una reclamación? Sí No

B. ¿La solicitud envuelve más de un beneficiario? Sí No

(Si la respuesta es sí, debe incluir los números de las reclamaciones de Seguro de Salud y las fechas que apliquen de la vista por el Oficial de Audiencias/determinaciones reconsideradas)

C. ¿Fue aceptada la asignación? Sí No

D. ¿Si la asignación no fue aceptada, es usted un médico que ha sido convicto bajo la sección 1842 (l)(1) (A) de la Ley del Seguro Social? Sí No

4. Compañía de Seguros *(u Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) que tomó la determinación de su reclamación de pago a Medicare.)*

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

6. YO SOLICITO UNA AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO. No estoy de acuerdo con la determinación tomada sobre mi reclamación porque

7. Usted tiene el derecho de estar representado en la audiencia. Si no está representado pero le gustaría estarlo, su oficina de Seguro Social le dará una lista de referencias legales y organizaciones de servicios. *(Si está representado llene Forma CMS-1696 o SSA-1696.)*

8. Marque Sólo Uno Quiero asistir en persona.
 No quiero asistir en persona y solicito que se tome una decisión basada en la evidencia de mi caso. *(Llene la Forma de Exención HA-4608.)*

9. Marque Sólo Uno Tengo evidencia adicional que someter.
 No tengo evidencia adicional que someter.

10. El apelante debe completar el espacio número 11 y el representante, si alguno, debe completar el número 12. Si no hay un representante presente para firmar, escriba su nombre en letra de molde en el espacio número 12. Indique si el apelante acompañará al representante a la audiencia. → Sí No

11. Firma del Apelante

12. Firma del Representante/Nombre

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Fecha Código de Área/Número de Teléfono
()

Fecha Código de Área/Número de Teléfono
()

PARA COMPLETARSE POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL

13. ¿Fue esta solicitud sometida a tiempo? Sí No
Si se marca "No":

1. Incluya la explicación del apelante por la tardanza.
2. Incluya cualquier carta, material o información pertinente en poder de la oficina de Seguro Social.

16. ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD PARA AUDIENCIA

Esta solicitud de audiencia se sometió el _____ en _____.

El Juez de Derecho Administrativo le notificará la fecha y hora de la audiencia por lo menos 20 días antes de la audiencia.

18. COPIA DE OFICINA DE AUDIENCIA

- A: Centro Parte B de OHA _____
 Oficial de Audiencia de OHA _____
(QIO, HMO/CMP/Plan de Salud o casos de derechos solamente)
 Otros _____

14. Se necesita intérprete *(Lenguaje, incluyendo lenguaje por señas)*

15. Solicitante no está representado Lista de referencias legales u organizaciones de servicios fue provista.

17. Por la Administración de Seguro Social

Por _____
(Firma/Título)

(Calle)

(Ciudad/Estado/Código Postal)

Código de la Oficina de Seguro Social que provee el servicio _____

19. COPIA ARCHIVO DE RECLAMACIÓN

- A: Intermediario QIO
 Agencia de Seguros HMO/CMP
 Otro _____

AVISO DE LEY DE CONFIDENCIALIDAD

La recopilación de información en esta forma está autorizada por la Ley de Seguro Social (sección 205(a) del título II, sección 702 del título VII, secciones 1631(e)(1)(A) y (B) del título XVI secciones 1869(b)(1) y (c) del título XVIII, según apropiado). La información provista se utilizará para documentar su reclamación. La información solicitada en este formulario es voluntaria, pero el no proveer toda o cualquier parte de la información puede afectar la determinación de su reclamación. La información que usted someta en esta forma puede se divulgada por la Administración del Seguro Social a otras personas o agencias gubernamentales, sólo con respecto a programas del Seguro Social y para cumplir con leyes federales que requieran la divulgación o el intercambio de información entre la Administración del Seguro Social y otras agencias.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a las personas no se les require que respondan a una información recopilada a menos de que muestre un número de control autorizado por la OMB. El número de control autorizado por la OMB para recopilar esta información es el 0938-0567. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es aproximadamente 15 minutos por repuesta; esto incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Favor enviar sus comentarios respecto a la exactitud del tiempo estimado que toma completar o sugerencias para mejorar este formulario, a: CMS, 7500 Security Boulevard, N2-14-26, Baltimore, Maryland 21244-1850.